**Клиническое течение и ведение родов**

**Партограмма (по Фридману)**

Латентная фаза родов: с момента установления регулярных схваток до раскрытия маточного зева на 3-4 см, характеризуется частотой малоболезненных схваток 2-3 за 10 мин., скорость раскрытия шейки матки 0,35 см/час.

Активная фаза родов: с 3-4 см до 8-9 см. Схватки интенсивные, не менее 3 за 10 мин. с болезненностью ощущения на высоте схватки, средняя скорость раскрытия шейки матки не менее   
1,5-2 см/час у первородящих и 2-2,5 см/час у повторнородящих женщин.

Фаза замедления: с 8-9 см до изгнания плода. Характеризуется снижением болезненности схваток, частота и ритм их остаются прежними, интенсивное продвижение плода по родовому каналу.

**Критерии оценки эффективности родовой деятельности**

I период родов

1. Частота, продолжительность, интенсивность, ритмичность схваток, нарастание их в активной фазе. В норме тонус матки в первом периоде родов колеблется от 30 до 50 мм рт.ст. Сократительная активность матки выражается в единицах Монтевидео (Е.М.) - средняя продолжительность схваток, умноженная на число схваток за 10 минут - колеблется в пределах 150-300 Е.М.
2. Прогрессирование раскрытия маточного зева при влагалищном исследовании и наружными приемами по Роговину, Шатц-Унтербреганц-Зинченко.

II период родов

1. Частота, продолжительность, интенсивность схваток и потуг, тонус матки (90-100 мм рт.ст.).
2. Продвижение предлежащей части плода по родовому каналу по наружному и внутреннему исследованиям и приемами Пискачека.

**Критерии местонахождения предлежащей головки**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Местонахождение головки | Данные наружного исследования | Данные внутреннего исследования |
| Головка подвижна над входом в малый таз | Головка баллотирует над входом в малый таз | Крестцовая впадина свободная, внутренняя поверхность лона свободна |
| Головка во входе в таз малым сегментом | Головка неподвижна, малый сегмент головки ниже плоскости входа в малый таз | Мыс достижим согнутым пальцем, крестцовая впадина свободна, внутренняя поверхность лона свободна |
| Головка во входе в таз большим сегментом | Большая часть головки ниже входа плоскости алого таза, пальпируются любые долги | Головка перекрывает верхнюю треть лона и крестца, мыс недостижим, седалищные ости свободны |
| Головка в широкой части полости таза | Определяется любая часть головки, шейка плода | Головка перекрывает верхнюю половину крестца и лона (2), свободны IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости |
| Головка в узкой части полости таза | Головка не определяется | Головка выполняет две верхних трети крестца и внутреннюю поверхность лона, седалищные ости достигаются с трудом |
| Головка на тазовом дне | Головка не определяется | Крестцовая впадина выполнена головкой полностью, седалищные ости не определяются |

**Шкала степени зрелости шейки матки (по Burnhill, 1962 г.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | 0 баллов | 1 балл | 2 балла |
| Консистенция шейки матки | Плотная | Размягчена, в области внутреннего зева уплотнена | Мягкая |
| Длина шейки матки, сглаженность | Более 2 см | 1-2 см | Менее 1 см и сглажена |
| Проходимость канала зева | Наружный зев закрыт | Канал проходим для 1 пальца, внутренний зев плотный, пропускает кончик пальца | Больше 1 пальца, при сглаженной шейке более 2 см |
| Положение шейки матки | Кзади | Кпереди | Срединное |

**Клинические параметры оценки состояния роженицы и плода в родах**

1. ЧСС, АД, дыхание, термометрия тела 3-4 раза в сутки.
2. Оценка вегетативного равновесия (см. тему 2)
3. Форма матки, ее тонус, высота стояния дна матки, состояние нижнего маточного сегмента, контракционного кольца и круглых маточных связок.
4. Физиологические отправления.
5. Оценка характера и интенсивности родовой деятельности, болевые ощущения роженицы, связанные с сокращением матки.
6. Местонахождение предлежащей части.
7. Выслушивание и подсчет частоты сердцебиения плода в периоде раскрытия шейки матки при целом плодном пузыре каждые 15-20 минут, при излитии околоплодных вод через 10-15 минут. Обращать внимание на ритм, звучность сердечных тонов. Во II периоде родов оценка сердечной деятельности плода производится после каждой потуги.

Средняя ЧСС плода за определенный промежуток времени колеблется в пределах 120-160 в 1 минуту - базальный сердечный ритм. Внутриминутная амплитуда осцилляций сердечны сокращений плода находится в пределах 6-25 ударов.

Повышение ЧСС плода с амплитудой более 15 в 1 минуту и длительностью более 15 секунд называется акцелерацией. Периодическая однообразная акцелерация свидетельствует об умеренной гипоксии плода. Урежение ЧСС плода с амплитудой более 15 в 1 минуту и длительностью более 15 секунд называется децелерацией. Различают по отношению к схватке ранние, поздние, вариабельные децелерации. Поздние, длительные и вариабельные децелерации указывают на внутриутробные страдания плода.

**Принципы клинического ведения родов**

1. Коррекция водно-электролитного баланса приемом жидкости в небольших порциях.
2. Спазмолитические и обезболивающие средства в активной фазе родов при неосложненном их течении с учетом влияния лекарственных средств на базальное вегетативное равновесие.
3. Разрешить женщине тужиться можно только при головке плода, опущенной на тазовое дно (ранние потуги при высоко расположенной головке опасны внутричерепной и спинномозговой травмой для плода).
4. С момента врезывания головки оказать акушерское пособие:
5. препятствие преждевременному разгибанию головки
6. уменьшение напряжения промежности
7. регулирование потуг
8. выведение головки из половой щели вне схватки
9. освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода
10. Если промежность является существенным препятствием рождающейся головки, то следует провести эпизио- или перинеотомию. Эпизиотомия показана при угрозе разрыва “низкой” промежности, узкой лонной дуге, инфантилизме, тазовых предлежаниях плода, рубцовых изменениях промежности, акушерских влагалищных операциях, угрозе центрального разрывания промежности; перинеотомия - при угрозе разрыва “высокой” промежности. Рассечение производится при опущенной предлежащей части плода на тазовое дно и появлении напряжения промежности. По рекомендуемой ВОЗ перинатальной технологии родов систематическое применение эпизиотомии не оправдано.
11. После рождения головки ее следует только поддерживать, не применяя активные повороты головки или ее потягивание при фиксированном плечевом поясе: опасность травмирования спинного мозга на уровне С4, где расположен дыхательный центр (нейрогенная асфиксия новорожденного), повреждение стенки артерий в поперечных отростках шейных позвонков, кровоснабжающий продолговатый мозг и шейный отдел позвоночика (даже незначительные повреждения стенки повзоночной артерии могут вызвать ее спазм, нарушение вертебробазилярного кровотока - моментальную смерть плода или развитие параличей у новорожденного (А.Ю.Датнер, 1978 г.).
12. При необходимости выведения плечевого пояса следует действовать осторожно. После поворота плода лицом в необходимую сторону производят отклонение плода кзади, пока под лоно не подойдет переднее плечико на границе верхней и средней трети. Затем приподнимают головку кпереди, сдвигают промежность с заднего плечика. Когда плечевой пояс освобожден, в подмышечные впадины вводят указательные пальцы и подтягиванием к животу матери рождают туловище плода. При затрудненном рождении плечевого пояса проводят вначале выведение “задней” ручки плода, а затем введение туловища плода.

После рождения плода начинается третий, послеродовой период родов, самый кратковременный, но опасный возможностью кровотечения. Он ведется активно-выжидательно и при риске кровотечения проводится профилактика: в/в введение 1 мл 0,002% раствора метилэргометрина или 5 ЕД окситоцина с последней изгоняющей потугой или сразу же после рождения плода.

Для установления признаков отделения плаценты следуется руководствоваться принципами Шредера, Альфреда, Кюстнер-Чукалова-Довженко, Клейна. При отделившейся плаценте в случае ее не выделения применить выделение последа по Абуладзе, Креде-Лазаревичу и др.

После рождения последа его обязательно осматривают, определяют общую кровопотерю, которая не должна превышать 0,5% массы тела роженицы. Осмотр шейки матки в зеркалах, влагалища и наружных половых органов производится как у первородящих, так и у повторнородящих. При выявлении арзрывов мягких тканей родовых путей и промежности их ушивают под обезболиванием.

По рекомендации международного совещания ВОЗ по перинатальной технологии, нет никких оправданий для того, чтобы количество случаев кесарева сечения при родах в каком-либо конкретном регионе составляло более 10-15%. Нет показаний к тому, чтобы у женщин перед родами сбривали волосы на лобке, нет преимущества проведения клизм перед родами. Во время схваток или родов беременных женщин следует помещать в удобное для них положение. Ни в одном географическом регионе пропорция провоцирования родов не должна превышать 10%. Болеутоляющие и анестезирующие лекарственные средства применять только по показаниям.

Искусственный разрыв плодных оболочек на ранних стадиях не обоснован. Следует уделять внимание эмоциональным, психологическим и социальным аспектам обслуживающих при родах (Медицинская газета, 24.20.90).

В прогностическом отношении следует учитывать и биоритмологию начала родов. В 68% наблюдений начало родов приходится на первую половину суток (0-12 час.). При начале родовой деятельности во второй половине суток средняя продолжительность родов увеличивается на 2-4 часа, частота аномалий родовых сил, последовых и послеродовых кровотечений увеличивается вдвое. Средняя продолжительность неосложненных родов у первородящих женщин в пределах 7-12 час. (10 час., 0,5 час., 0,25 час.), у повторнородящих - в пределах 6-8 час. (7 час., 0,25 час., 0,2 ч.).